

trường hợp (chiếm 6%) cần can thiệp khi nội soi ở thời điểm 48h sau ESD. Gần đây, một vài nghiên cứu kết luận nội soi "lần thứ hai" sau ESD, không cần thiết trong việc giảm tỷ lệ chảy máu muộn. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi và đánh giá hiệu quả quy trình này.

V. KẾT LUẬN

Các tổn thương tân tạo tại dạ dày bao gồm loạn sản niêm mạc dạ dày LSDD độ cao và UTDD sớm, thường xuất hiện không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu; phát hiện chủ yếu qua nội soi dạ dày. Tuổi trung bình phát hiện các tổn thương tân tạo ở người Việt Nam thấp hơn ở các nước phát triển. Mức độ viêm teo dạ dày có thể không phản ánh đúng nguy cơ hình thành UTDD ở người Việt Nam.

Kỹ thuật ESD có hiệu quả cao trong việc loại bỏ các tổn thương tân tạo tại dạ dày bao gồm loạn sản niêm mạc dạ dày độ cao và UTDD sớm. Cần tuân thủ chặt chẽ các chỉ định của ESD và thận trọng khi thực hiện kỹ thuật ESD để tránh các biến chứng. Thời gian thực hiện của kỹ thuật ESD phụ thuộc vào vị trí, kích thước tổn thương và kỹ năng của bác sĩ làm thủ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Japanese Gastric Cancer Association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. 2017;20(1):1-19. doi:10.1007/s10120-016-0622-4.
2. **Banks M, Graham D, Jansen M, et al.** British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of

- gastric adenocarcinoma. *Gut* 2019;68:1545-1575.
3. **ESMO Guidelines Committee, Gastric cancer:** ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, *Annals of Oncology*, Volume 27, Issue suppl_5, September 2016, Pages v38v49, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw350>
 4. **Yusefi, A.R.,** Risk Factors for Gastric Cancer: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev.*, 2018. 19(3): p. 591-603.
 5. **Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. and Jemal, A. (2018),** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68: 394-424. doi:10.3322/caac.21492
 6. **Chung, II-Kwun et al.** Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 69, Issue 7, 1228 - 1235
 7. **Tanabe, S., et al.,** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a retrospective comparison with conventional endoscopic resection in a single center. *Gastric Cancer*, 2014. 17(1): p. 130-136.
 8. **Quach DT, Hiyama T, Gotoda T.** Identifying high-risk individuals for gastric cancer surveillance from western and eastern perspectives: Lessons to learn and possibility to develop an integrated approach for daily practice. *World J Gastroenterol*. 2019;25(27):3546-3562. doi:10.3748/wjg.v25.i27.3546
 9. **Akintoye E, Obaitan I, Muthusamy A, Akanbi O, Olusunmade M, Levine D.** Endoscopic submucosal dissection of gastric tumors: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastrointest Endosc*. 2016;8(15):517-532. doi:10.4253/wjge.v8.i15.517

KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Đỗ Mạnh Hùng¹, Phạm Thái Dũng¹, Trần Văn Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi một số chỉ số đông máu, điểm SIC và điểm DIC ở nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn sống và tử vong. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 60 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại BM - TT hồi sức cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y. **Kết quả:** Số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong cao nhất ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu ($168 \pm 128,6$ G/l), sau đó có xu hướng giảm dần qua

các thời điểm nghiên cứu và thấp nhất ở ngày thứ 7 ($77 \pm 60,8$ G/l). Số lượng tiểu cầu ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm sống, với $p < 0,05$. Điểm SIC ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7, và điểm DIC ở ngày thứ 3, thứ 5 của nhóm tử vong cao hơn nhóm sống, với $p < 0,05$. Điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong ở mức khá tốt và tốt ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7 với AUC thứ tự là 0,726; 0,872; 0,827. Điểm DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở mức yếu và khá tốt ở ngày thứ 3, thứ 5 với AUC lần lượt là 0,699 và 0,781. **Kết luận:** Số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong có xu hướng giảm dần theo thời gian. So với nhóm sống, nhóm tử vong có số lượng tiểu cầu thấp hơn, điểm SIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7 và điểm DIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5. Điểm SIC và DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
 Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng
 Email: domanhhungpt95@gmail.com
 Ngày nhận bài: 28.3.2022
 Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022
 Ngày duyệt bài: 30.5.2022

Từ khóa: Chỉ số đông máu, điểm SIC, điểm DIC, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

THE CHANGE OF SOME COAGULATION INDICES IN SEPTIC SHOCK PATIENTS

Objectives: Evaluation of changes in some coagulation indices, SIC score and DIC score in dead and survivor group of septic shock patients. **Materials and method:** Prospective Descriptive Study on 60 septic shock patients treated in the Center of Emergency, Intensive Care Medicine and Clinical Toxicology - 103 Military Hospital - Vietnam Military Medical University. **Results:** Platelet count in the dead group was the highest value at the beginning of study (168 ± 128.6 G/l), then tended to gradually decrease over time and reached the lowest value on the 7th day (77 ± 60.8 G/l). Platelet count at the 3rd, 5th and 7th day of the dead group was lower than that of the survivor group, $p < 0.05$. The SIC score at the 3rd, 5th, 7th day and the DIC score on the 3rd, 5th day of the dead group higher than that of the survivor group, $p < 0.05$. The SIC score had quite good and good predictive values for mortality on the 3rd, 5th, 7th day with AUC of 0.726, 0.872, 0.827, respectively. The DIC score had weak and quite good predictive values for mortality on the 3rd, 5th day with AUC of 0.699 and 0.781, respectively. **Conclusions:** Platelet count in the dead group tended to decrease over time. Compared with the survivor group, the dead group had a lower platelet count, a higher SIC score on the 3rd, 5th, 7th day and a higher DIC score on the 3rd, 5th day. The SIC score and DIC score had predictive values for mortality in septic shock patients.

Keywords: Coagulation indices, SIC score, DIC score, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là tình trạng rối loạn về tuần hoàn, tế bào và chuyển hóa ở bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết, biểu hiện bởi tụt huyết áp dai dẳng phải sử dụng thuốc co mạch để duy trì huyết áp và tình trạng giảm tưới máu mô [6]. SNK hiện đang là một trong số những vấn đề quan trọng trong chăm sóc y tế, ảnh hưởng đến hàng triệu người mỗi năm trên toàn thế giới với tỷ lệ tử vong cao [8].

Rối loạn đông máu là tình trạng rất hay gặp trong bệnh cảnh của các BN SNK. Cho tới nay, ở trong nước cũng như trên thế giới đã có nhiều tác giả nghiên cứu về rối loạn đông máu ở BN SNK [1], [2], [4], [7]. Tuy nhiên, sự biến đổi của một số chỉ số đông máu như số lượng tiểu cầu, tỉ lệ PT% trong khoảng 7 ngày sau khi nhập viện cũng chưa được các nghiên cứu này chỉ ra một cách rõ ràng. Đặc biệt, việc Hiệp hội Quốc tế về huyết khối và cầm máu (ISTH) phát triển tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn đông máu do nhiễm khuẩn huyết (SIC) cùng với tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng đông máu rải rác trong lòng

mạch (DIC) dựa trên các thang điểm tương ứng cũng đã mở ra nhiều hướng đi mới cho việc chẩn đoán và theo dõi tình trạng rối loạn đông máu ở BN SNK [4]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát sự biến đổi một số chỉ số đông máu ở BN SNK nhằm mục tiêu: *Đánh giá sự biến đổi một số chỉ số đông máu, điểm SIC và điểm DIC ở nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn sống và tử vong.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- BN được chẩn đoán SNK theo định nghĩa sepsis 3 năm 2016 [6].
- Gia đình hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý tham gia NC.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có rối loạn đông cầm máu trước đó: Bệnh Hemophilia, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, tăng tiểu cầu tiên phát, viêm thành mạch dị ứng...
- BN tử vong trong vòng 24h sau khi được chẩn đoán.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ 01/04/2021 đến 31/03/2022 tại Bộ môn - Trung tâm Hồi sức cấp cứu và chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học Viện Quân Y.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu, cỡ mẫu thuận tiện.
- Tiến hành: các BN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu, sau đó BN được lấy các thông số lâm sàng và xét nghiệm ở 5 thời điểm T0: khi chẩn đoán SNK (thời điểm bắt đầu nghiên cứu), T1, T3, T5, T7 thứ tự là ngày thứ 1, 3, 5, 7 sau khi được chẩn đoán xác định. Các chỉ số xét nghiệm đông máu trong nghiên cứu là số lượng tiểu cầu (SLTC), PT%, INR, D-dimer và Fibrinogen. Sau khi thu thập đầy đủ, số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

2.2.2. Các nội dung nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, phân loại bệnh lý nền, điểm SOFA, tỉ lệ tử vong.
- Sự biến đổi và so sánh các chỉ số đông máu (SLTC, PT%), điểm SIC, điểm DIC giữa nhóm BN sống và tử vong tại các thời điểm nghiên cứu.
- Các chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu:
 - + Giới tính: nam hoặc nữ.
 - + Bệnh lý nền: tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, hen phế quản, bệnh mạch vành, suy tim, xơ gan, suy thận mạn tính.

+BN sống: BN khỏi được ra viện hoặc chuyển về các khoa lâm sàng khác hoặc BN còn sống sau 28 ngày chẩn đoán xác định.

+ BN tử vong: BN tử vong trong vòng 28 ngày sau khi chẩn đoán xác định, bao gồm cả các BN nặng xin ra viện

+ Thang điểm SOFA: thang điểm đánh giá suy chức năng đa cơ quan.

+ Thang điểm SIC, DIC: Thang điểm đánh giá tình trạng SIC và hội chứng DIC theo hiệp hội Quốc tế về huyết khối và cầm máu (ISTH) [4].

Chỉ số	Điểm	SIC	DIC
SLTC (G/l)	2	< 100	< 50
	1	100-150	50 – 100
D dimer	3	-	Tăng nhiều
	2	-	Tăng vừa
PT (s)/ INR	2	INR > 1,4	≥ 6s
	1	1,2 < INR ≤ 1,4	3s - 6s
Fibrinogen(g/dl)	1	-	< 1
Điểm SOFA	2	≥ 2	-
	1	1	-
Tổng điểm		≥ 4	≥ 5

Tình trạng SIC được chẩn đoán khi tổng điểm từ 4 điểm trở lên. Hội chứng DIC được chẩn đoán khi tổng điểm từ 5 điểm trở lên.

2.2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Các số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu

- Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 với các phương pháp:

+ Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm.

+ Kiểm định hai giá trị trung bình phân phối chuẩn bằng phép kiểm: independent sample T-test, paired sample T-test.

+ Dùng test X² để kiểm định sự khác biệt các tỷ lệ và mối liên quan của 2 biến định tính.

+ Dùng hồi quy Logistic đơn biến, đa biến để đánh giá yếu tố tiên lượng độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

		Số lượng	Giá trị TB
Giới	Nam	47 (78%)	
	Nữ	13 (22%)	
Tuổi			66,8±15,9
Bệnh nền	Có	45 (75%)	
	Không	15 (25%)	
Điểm SOFA cao nhất	2-9	19 (32%)	11,8±3,5
	10-11	10 (17%)	
	≥12	31 (51%)	
Kết cục	Sống	24 (40%)	
	Tử vong	36 (60%)	

Có 60 BN được chọn vào nghiên cứu trong đó có 47 nam (78%) và 13 nữ (22%), có tuổi trung bình là 66,8±5,9 và có tới 75% tổng số BN có bệnh nền. Điểm SOFA trung bình của các BN SNK là 11,8±3,5 với nhóm có điểm SOFA từ 12 điểm trở lên chiếm 51%. Tỷ lệ tử vong của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 60% (36 BN).

Bảng 2: Biến đổi số lượng tiểu cầu ở nhóm BN sống và tử vong

Chỉ số	Kết cục	Sống	Tử vong	p
TC (G/l)	T0 (n=60)	203 ± 102,7	168 ± 128,6	> 0,05
	T1 (n=60)	185 ± 103,6	134 ± 143,6	> 0,05
	T3 (n=59)	179 ± 109,4	104 ± 99,9	< 0,01
	T5 (n=39)	169 ± 95,8	95 ± 106,5	< 0,05
	T7 (n=25)	215 ± 113,4	77 ± 60,8	< 0,01

Ở nhóm BN tử vong, SLTC cao hơn 150 G/l ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, sau đó giảm dần thấp hơn 150 G/l trong các ngày tiếp theo và thấp nhất vào ngày thứ 7 (77 ± 60,8). Có sự thấp hơn có ý nghĩa thống kê của SLTC ở nhóm tử vong so với nhóm sống ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7.

Bảng 2: Biến đổi giá trị PT% ở nhóm BN sống và tử vong

Chỉ số	Kết cục	Sống	Tử vong	p
PT (%)	T0 (n=60)	59 ± 20,4	55 ± 21,0	> 0,05
	T1 (n=60)	60 ± 15,8	53 ± 20,1	> 0,05
	T3 (n=59)	61 ± 17,3	51 ± 20,5	> 0,05
	T5 (n=40)	68 ± 15,4	54 ± 25,2	< 0,05
	T7 (n=25)	71 ± 18,9	64 ± 16,3	> 0,05

Ở nhóm BN tử vong, chỉ số PT% thấp hơn 70% ngay ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu và đi ngang trong 5 ngày đầu tiên, sau đó tăng trở lại ở ngày thứ 7 nhưng vẫn thấp hơn 70%. Chỉ số PT% thấp rõ rệt ở nhóm BN tử vong so với nhóm sống ở ngày thứ 5.

Bảng 3: Biến đổi điểm SIC và DIC ở nhóm BN sống và tử vong

Điểm	Kết cục		Sống	Tử vong	p
	Sống	Tử vong			
SIC	T0 (n = 60)		3,8±1,0	4,1±1,3	> 0,05
	T1 (n = 60)		4,0±1,2	4,6±1,2	> 0,05
	T3 (n = 59)		4,0±1,3	5,0±1,0	< 0,01
	T5 (n = 39)		3,4±1,1	5,1±1,1	< 0,01
	T7 (n = 25)		3,0±1,6	4,7±0,8	< 0,01
DIC	T0 (n = 58)		3,3±1,0	3,9±1,6	> 0,05
	T1 (n = 59)		3,4±1,1	4,1±1,6	> 0,05
	T3 (n = 58)		3,5±1,2	4,5±1,5	< 0,01
	T5 (n = 37)		3,3±0,8	4,5±1,3	< 0,01
	T7 (n = 23)		3,2±0,8	3,8±1,0	> 0,05

Ở nhóm BN tử vong, điểm SIC cao hơn 4 ngay trong thời điểm bắt đầu nghiên cứu sau đó tăng dần trong 5 ngày đầu tiên, cao nhất vào ngày thứ 5 (5,1±1,1), rồi giảm nhẹ ở ngày thứ 7. Điểm DIC của nhóm BN tử vong cũng tăng dần trong 5 ngày đầu tiên và giảm nhẹ vào ngày thứ 7. Ở nhóm BN sống, điểm SIC cao hơn nhóm sống tại ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7, điểm DIC cao hơn nhóm sống tại ngày thứ 3, thứ 5.

Bảng 4: Giá trị diện tích dưới đường cong (AUC) và điểm cắt của điểm SIC và điểm DIC trong tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Điểm	AUC	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	p
SIC T3 (n = 59)	0,726	5,5	40,0	87,5	< 0,01
SIC T5 (n = 39)	0,872	4,5	78,9	85,0	< 0,01
SIC T7 (n = 25)	0,827	4,5	70,0	86,7	< 0,01
DIC T3 (n = 58)	0,699	5,5	23,5	95,8	< 0,01
DIC T5 (n = 37)	0,781	5,5	21,1	100,0	< 0,01

- Giá trị AUC của điểm SIC ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 lần lượt là 0,726; 0,872; 0,827 cho khả năng tiên lượng kết cục tử vong ở mức khá tốt, tốt và tốt tại mức điểm SIC (điểm cut off) thứ tự là 5,5; 4,5 và 4,5, có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là (Se: 40%, Sp: 87,5%), (Se: 78,9%, Sp: 85%) và (Se: 70%, Sp: 86,7%) với p<0,01.

- Giá trị AUC của điểm DIC ở ngày thứ 3 và thứ 5 lần lượt là 0,699; 0,781 cho khả năng tiên lượng kết cục tử vong ở mức yếu và khá tốt tại mức điểm DIC (điểm cut off) thứ tự là 5,5 và 5,5, có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là (Se: 23,5%, Sp: 95,8%) và (Se: 21,1%, Sp: 100%) với p<0,01.

Bảng 5: Giá trị tiên lượng kết cục tử vong của điểm SIC và DIC ở BN SNK

Yếu tố	Odd ratio (OR)	Khoảng tin cậy 95%	p
Điểm SIC	2,36	1,3 - 4,2	< 0,01
Điểm DIC	2,22	1,3 - 3,7	< 0,01

Điểm SIC và điểm DIC tăng lên làm tăng tỉ lệ tử vong ở BN SNK với các giá trị OR tương ứng là OR=2,36 với p<0,01 và OR=2,22 với p<0,01.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Nghiên cứu của chúng tôi

được thực hiện trên 60 BN SNK có độ tuổi trung bình là 66,8 ± 15,9. Nhóm BN nam chiếm tỷ lệ 78% cao hơn 3 lần so với ở nhóm BN nữ. Có tới 75% tổng số BN trong nghiên cứu là có bệnh lý nền, với tỷ lệ tử vong khá cao, chiếm 60% tổng số BN. Nhóm BN có điểm SOFA từ 12 điểm trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 51,6%, còn thấp nhất là nhóm từ 10 đến 11 điểm chiếm 16,7%, điểm SOFA trung bình là 11,9±3,5. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy và cộng sự năm 2020 trên 47 BN SNK với tuổi trung bình là 61,4±15,2, trong đó có 76,6% BN nam, với tỷ lệ tử vong là 76,6% [1]. Điều này cho thấy, các BN tuổi cao, có bệnh lý nền có nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn nặng và SNK. SNK vẫn là một tình trạng rất nặng nề với nguy cơ tử vong rất cao.

Biến đổi số lượng tiểu cầu, PT% ở nhóm BN sống và tử vong qua các thời điểm nghiên cứu: Ở nhóm BN tử vong, chỉ số PT% giảm thấp hơn 70% ở tất cả các thời điểm nghiên cứu. Cụ thể, chỉ số PT% thấp hơn 70% ngay ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu và đi ngang trong 5 ngày đầu tiên, sau đó tăng trở lại ở ngày thứ 7 nhưng vẫn thấp hơn 70%. Đồng thời, chỉ số PT% ở nhóm BN tử vong thấp hơn so với nhóm sống ở ngày thứ 5 của nghiên cứu, sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. SLTC ở nhóm BN tử vong cũng ghi nhận sự biến đổi rõ rệt so với nhóm sống. SLTC ở nhóm tử vong cao hơn 150 G/l ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, sau đó giảm dần thấp hơn 150 G/l trong các ngày tiếp theo và thấp nhất vào ngày thứ 7 với giá trị trung bình $77 \pm 60,8$ G/l. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra SLTC ở nhóm BN tử vong thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống ở ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ling Jiang và cộng sự tiến hành năm 2021 trên 120 BN NKH do nhiễm khuẩn đường tiết niệu cho thấy không có sự khác biệt về số lượng tiểu cầu giữa nhóm BN sống và tử vong lúc nhập viện nhưng số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm sống ở các thời điểm ngày thứ 2, thứ 3 và thứ 5, với $p < 0,05$ [3].

Biến đổi điểm SIC và điểm DIC ở nhóm BN sống và tử vong qua các thời điểm nghiên cứu: Ở các nhóm BN sống và tử vong, điểm SIC và DIC cũng có những sự biến đổi rõ rệt. Cụ thể, ở nhóm BN tử vong, điểm SIC cao hơn 4 ngay tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu sau đó tăng dần trong 5 ngày đầu tiên và đạt giá trị cao nhất vào ngày thứ 5 với giá trị trung bình là $5,1 \pm 1,1$, rồi giảm nhẹ ở ngày thứ 7. Tương tự, điểm DIC của nhóm BN tử vong cũng có xu hướng tăng dần trong 5 ngày đầu tiên và sau đó giảm nhẹ vào ngày thứ 7. Hơn nữa, theo nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN tử vong, điểm SIC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống tại các thời điểm ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 với $p < 0,01$, đồng thời, điểm DIC cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống tại các thời điểm ngày thứ 3 và thứ 5, với $p < 0,01$. Từ các kết quả trên, chúng tôi tính được diện tích dưới đường cong (AUC) và điểm cắt của điểm SIC và DIC để tiên lượng kết cục của BN. Đầu tiên, ở ngày thứ 3, điểm SIC có khả năng tiên lượng tử vong ở mức khá tốt với $AUC = 0,726$, điểm cắt là 5,5, độ nhạy 40%, độ đặc hiệu 87,5%, $p < 0,01$, còn điểm DIC có giá trị tiên lượng tử vong ở mức yếu với các con số tương ứng là $AUC = 0,699$, điểm cắt 5,5, độ nhạy 23,5%, độ đặc hiệu 95,8%, $p < 0,01$. Tiếp theo, vào ngày thứ 5, điểm SIC có giá trị dự báo tử vong ở mức tốt với các giá trị $AUC = 0,872$, điểm cắt là 4,5, độ nhạy 78,9, độ đặc hiệu 85%, $p < 0,01$, trong khi điểm DIC cũng có giá trị dự báo tử vong ở mức khá tốt với các giá trị tương ứng $AUC = 0,781$, điểm cắt là 5,5, độ nhạy 21,1%, độ đặc hiệu là 100%, $p < 0,01$. Cuối cùng, tại thời điểm ngày thứ 7,

điểm SIC có giá trị dự báo tử vong ở mức tốt với giá trị $AUC = 0,827$, điểm cắt 4,5, độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 86,7%, $p < 0,01$. Với kết quả này, có thể thấy điểm DIC và SIC đều có giá trị tiên lượng đối với kết cục tử vong của các BN SNK tại thời điểm ngày thứ 3, thứ 5 và thứ 7 (đối với điểm SIC).

Chúng tôi nhận thấy rằng, về khả năng tiên lượng kết cục của BN SNK tại cùng 1 thời điểm thì điểm SIC có giá trị tiên lượng tốt hơn điểm DIC, đồng thời điểm SIC có độ nhạy cao hơn nhưng lại có độ đặc hiệu thấp hơn điểm DIC. Kết quả này có thể do trong việc tính điểm SIC có dựa vào điểm SOFA nên ngoài việc đánh giá tình trạng rối loạn đông máu, điểm SIC còn có phần liên quan đến mức độ suy chức năng đa tạng ở các BN SNK do đó có khả năng tiên lượng kết cục tốt hơn. Kết quả nghiên cứu còn chỉ ra điểm SIC là yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập kết cục của BN SNK với $OR = 2,36$ (KTC 95%: 1,3-4,2, $p < 0,01$), điều tương tự với điểm DIC với giá trị $OR = 2,22$ (KTC 95%: 1,3-3,7, $p < 0,01$). Như vậy, cứ mỗi giá trị điểm SIC tăng lên 1 thì tỷ lệ tử vong của BN SNK tăng 2,36 lần; cứ mỗi giá trị của điểm DIC tăng lên 1 thì tỷ lệ tử vong của BN SNK tăng 2,22 lần.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của T. Iba và cộng sự tiến hành năm 2017, nghiên cứu của tác giả này cho thấy điểm SIC có giá trị cao trong tiên lượng kết cục ở BN NKH [5]. Nghiên cứu của tác giả Julie Helms và cộng sự năm 2020 thực hiện trên 582 BN SNK cũng chỉ ra rằng trong việc tiên lượng kết cục tử vong của BN SNK, điểm SIC có độ nhạy cao hơn nhưng lại có độ đặc hiệu thấp hơn so với điểm DIC, kết quả của nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [2]. Nghiên cứu của tác giả Lina Yao và cộng sự tiến hành năm 2022 cũng cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi chỉ ra có hội chứng DIC cũng là yếu tố tiên lượng độc lập kết cục tử vong ở BN NKH nhập ICU [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 BN SNK điều trị tại trung tâm hồi sức cấp cứu và chống độc, chúng tôi đưa ra kết luận như sau:

- Số lượng tiểu cầu ở nhóm bệnh nhân tử vong có xu hướng giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu.

- So với nhóm sống, nhóm BN tử vong có SLTC thấp hơn và điểm SIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7, trong khi, điểm DIC cao hơn ở ngày thứ 3, thứ 5.

- Điểm SIC và DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thủy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện TW Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021, Tập 498, số 1, Tr 149-152.
2. **Helms J. et al.** Performances of disseminated intravascular coagulation scoring systems in septic shock patients. Annals of Intensive Care. 2020, Vol 10, page 92
3. **Jiang L. et al.** Prognostic values of procalcitonin and platelet in the patient with urosepsis. 2021, Vol 100, page e26555.
4. **Iba T. et al.** Advance in the Management of Sepsis-Induced Coagulopathy and Disseminated

Intravascular Coagulation. Journal of Clinical medicine. 2019, Vol 8, page 728.

5. **Iba T. et al.** New criteria for sepsis-induced coagulopathy (SIC) following the revised sepsis definition: a retrospective analysis of a nationwide survey. BMJ Open. 2017, Vol 7, page e017046-e017046.
6. **Shankar-Hari M. et al.** Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016, Vol 315, page 775-787.
7. **Yao L. et al.** Analysis of Prognostic Risk Factors of Sepsis Patients in Intensive Care Unit Based on Data Analysis. Journal of Healthcare Engineering. 2022, Vol 2022, page 3746640.
8. **World Health Organization.** Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. 2020

MỐI LIÊN QUAN GIỮA DỊCH TỰ DO Ổ BỤNG VÀ VIÊM TỤY CẤP MỨC ĐỘ NẶNG

Phan Trung Nhân^{1,2}, Võ Thị Mỹ Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ dịch tự do ổ bụng (DTDOB) ở bệnh nhân (BN) viêm tụy cấp (VTC). So sánh nồng độ CRP, tỷ lệ biến chứng (hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi), mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục (tử vong, thở máy xâm lấn, thời gian nằm viện) ở BN VTC có và không có biến chứng DTDOB. Xác định vai trò của DTDOB như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu có phân tích tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2021 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** Tổng cộng có 122 BN viêm tụy cấp. Tỷ lệ BN có DTDOB là 58,2%. Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm có và không có DTDOB. Nồng độ CRP (mg/L) ở nhóm có và không có DTDOB lần lượt là $262,9 \pm 14,7$ và $198,6 \pm 19,4$ ($p=0,008$). Tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi ở nhóm có và không có DTDOB lần lượt là 53,5% và 25,5% ($p=0,002$), 22,5% và 2,0% ($p=0,001$), 59,2% và 17,7% ($p<0,001$). VTC mức độ nặng ở nhóm có DTDOB (46,5%) cao hơn nhóm không có DTDOB (17,7%) ($p=0,002$). Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ suy hô hấp, suy hô hấp kéo dài ở nhóm BN có và không có DTDOB ($p<0,001$). Không có sự khác biệt về suy tuần hoàn, suy thận, suy đa cơ quan, thở máy xâm lấn và thời gian nằm viện giữa hai nhóm. Phân tích hồi quy

logistic đa biến cho thấy DTDOB là yếu tố nguy cơ của VTC nặng với tỷ số chênh (TSC) 10,02, khoảng tin cậy (KTC) 95%: 1,7-59,7, $p=0,011$. **Kết luận:** Có sự khác biệt về nồng độ CRP, tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi, VTC mức độ nặng, suy hô hấp và suy hô hấp kéo dài giữa hai nhóm có và không có DTDOB. DTDOB là yếu tố nguy cơ của VTC nặng.

Từ khóa: viêm tụy cấp, dịch tự do ổ bụng

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN ABDOMINAL FREE FLUID AND SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Objective: To determine the prevalence of abdominal free fluid in patients with AP. To compare CRP levels, rates of complications (pancreatic necrosis, splanchnic vein thrombosis, pleural effusion), severity, organ failure, and outcomes (death, invasive mechanical ventilation, length of stay) in patients with AP with and without abdominal free fluid. To determine the role of abdominal free fluid as a risk factor for severe AP. **Subjects and methods:** It is a retrospective and prospective cross-sectional study which was carried out at the Department of Gastroenterology of Cho Ray Hospital from August 2021 to March 2022. **Results:** There are a total of 122 patients with acute pancreatitis. The rate of patients with abdominal free fluid is 58.2%. There was no difference in clinical features between the two groups with and without abdominal free fluid. CRP concentrations (mg/L) in the group with and without abdominal free fluid were 262.9 ± 14.7 and 198.6 ± 19.4 , respectively ($p=0.008$). The rates of pancreatic necrosis, splanchnic vein thrombosis, pleural effusion in the group with and without abdominal free fluid were 53.5% and 25.5% ($p=0.002$), 22.5% and 2.0% ($p=0.001$), 59.2% and 17.7% ($p<0.001$). The rate of severe AP was higher in the group with abdominal free

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Trung Nhân

Email: ptnhan.nt.noi.19@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022